
Importância da Anatomia Patológica nos estudos de Epidemiologia do Câncer de Mama

17 DE NOVEMBRO DE 1975 — SEGUNDA-FEIRA — 8:50 h

Dr. João Paulo Aché de Freitas

No que diz respeito ao câncer de mama, numerosos trabalhos têm sido elaborados sob o ponto de vista epidemiológico e de Patologia Geográfica, relacionando o aparecimento da neoplasia e sua evolução com as características dos pacientes, como, por exemplo, a atividade ovariana, característica da reprodução, lactação e amamentação, moléstias intercorrentes, etc.

A importância da Anatomia Patológica nos estudos de Epidemiologia do Câncer de Mama reside no fato de poder fornecer subsídios para a análise dos fatores relativos ao próprio tumor e que podem também influenciar no seu prognóstico.

Estes fatores, que podem ser estudados através da Anatomia Patológica, dizem respeito às características morfológicas, topografia, extensão da disseminação e a relação entre o tumor e o hospedeiro, através de reações teciduais que este pode apresentar.

Somente a Anatomia Patológica é capaz de fornecer estes elementos concretos, definidos, capazes de fazer uma base sólida onde possa ser edificada uma sistemática que permita que os diversos fatores relativos ao hospedeiro possam ser analisados frente às diversas formas que podem assumir uma neoplasia em um determinado órgão.

Faz-se mister, então, que aqueles que exercem a Anatomia Patológica trabalhem de uma maneira uniforme, na tentativa de eliminar possíveis erros na construção desta base, o que pode acontecer na interpretação errônea de um dado a ser fornecido pela Anatomia Patológica.

Foi com este pensamento que a OMS tomou a si o encargo de estabelecer Centros Internacionais de Referência, nos quais numerosos patologistas pudessem trabalhar, no sentido de obter uma classificação em bases histológicas de neoplasias de diversos órgãos e que pudesse ser aceita internacionalmente.

Toda classificação, mesmo aquelas elaboradas em bases histológicas, está sujeita a certas variabilidades, face a interpretações diferentes, por parte daqueles que a utilizam. No entanto, a adoção de uma classificação de âmbito internacional viria simplificar bastante a nomenclatura dos diversos tumores, facilitando posteriormente o trabalho daqueles pesquisadores não afeitos à linguagem da Anatomia Patológica.

Provavelmente a discrepância da nomenclatura dos tumores tem sido a responsável pelo fato de que poucos trabalhos sobre a

variação da incidência do câncer de mama dentro da Patologia Geográfica levam em consideração os caracteres histológicos próprios do tumor.

As características próprias de um tumor, expressas através de sua morfologia, acompanham, na maioria dos casos, sua capacidade de agressora ao paciente.

Desde há muito tempo, vem-se procurando estabelecer uma relação direta entre os múltiplos aspectos morfológicos de um tumor e sua malignidade clínica, ou seja, estabelecer uma gradação histológica de malignidade (Hansemann — 1893).

Entre nós, foi Amorim (1942) quem apresentou uma gradação histológica de malignidade dos tumores glandulares em geral.

Greenough (1925) foi o primeiro autor a utilizar critérios para estabelecer uma gradação histológica de malignidade do carcinoma da mama. Estes critérios de Greenough foram posteriormente utilizados por vários autores como White, Patey e Scarff, Haagensen, Scarff e Handley, Bloon, Ackerman e novamente Bloon e Richardson, os quais relacionaram sempre o grau histológico de malignidade com a sobrevida ou com a incidência das metástases.

Não só a gradação de malignidade, segundo os critérios de Greenough, tem sido relacionada com a agressividade do tumor, como também com a potencialidade menor de malignidade que apresentam certos tipos histológicos de tumor, como por exemplo os carcinomas papilíferos, os carcinomas mucíparos, os carcinomas medulares com infiltração linfóide do estroma (Haagensen — 1933; Richardson — 1954).

Ackerman divide mesmo os carcinomas mamários em quatro categorias, segundo

sua capacidade invasora e metastatizante, relacionando-os de acordo com os vários tipos histológicos mais comuns:

Tipo I — Não invasivo

Incidência de metástases praticamente zero. Prognóstico excelente.

Estariam enquadrados neste tipo:

- a) Carcinoma intraducto com ou sem Moléstia de Paget.
- b) Carcinoma papilífero intraductal.
- c) Carcinoma lobular "in situ".

Tipo II — Invasivo — bem circunscrito

Raras metástases, limitadas aos grupos inferiores da axila.

Bom prognóstico.

Pertencem a este grupo:

- a) Carcinoma mucíparo.
- b) Carcinoma medular com infiltração linfóide.
- c) Carcinoma bem diferenciado (tubular).
- d) Carcinoma papilífero.
- e) Carcinoma adenóide cístico.

Tipo III — Invasivo — moderadamente metastatizante

É o grupo mais numeroso.

Pertencem a este grupo:

- a) Carcinoma ductal invasivo mais comum.
- b) Carcinoma intraductal com invasão, com ou sem Moléstia de Paget.
- c) Carcinoma lobular invasivo.
- d) Carcinoma epidermóide.

Tipo IV — Invasivo — altamente metastatizante

- a) Carcinoma indiferenciado.
- b) Carcinoma de células em anel de sinete.

A presença ou ausência de metástases axilares tem sido considerada como o principal guia para o prognóstico do câncer de mama.

Utilizando este critério e relacionando-o com outros, que porventura podem também ser observados através da Anatomia Patológica, Silva Neto, em recente trabalho, demonstrou que é estatisticamente significativa a diferença, quanto ao maior ou menor comprometimento axilar, dos tumores cujos diâmetros são inferiores a 2,0 cm, comparados com os de mais de 2,0 cm. Provou ainda haver uma incidência de metástases estatisticamente diferente, ou seja, maior nos tumores localizados lateralmente na mama, quando comparados com os tumores de outras localizações. Demonstrou também ser o sistema de gradação histológica de malignidade, baseado no método de Patey e Scarff, modificado por Bloon e Richardson, um método bastante eficaz, produzindo resultados estatisticamente significativos, quando são comparados os tumores de baixo grau de malignidade histológica (Grau I), e a incidência de metástases, com os tumores histologicamente mais malignos.

Este autor, cirurgião do Serviço de Patologia Mamária do Instituto Central de São Paulo, estudou 215 pacientes, submetidos à mastectomia radical e que eram portadores de tumores mamários de até 6,0 cm no máximo, tendo o cuidado de manter uma amostragem homogênea quanto a outras afecções

mamárias que pudessem, por si só, interferir no prognóstico, como por exemplo alterações cutâneas e radioterapia prévia.

Os exames anátomos-patológicos deste material foram por mim revistos, procedendo-se a gradação histológica de malignidade. O número médio de linfonodos obtidos por peça foi de 22,8.

Neste estudo foram incluídos todos os casos possíveis de gradação histológica, inclusive aqueles de tipo histológico especial. Verificamos, no entanto, que 5 casos eram do tipo medular com infiltração linfóide, todos eles pertencentes ao grau-III de malignidade histológica, porém, apenas um deles apresentava um linfonodo axilar comprometido. Quatro casos eram do tipo mucíparo, sendo 3 deles classificados no grau-I de malignidade, dois dos quais com um linfonodo axilar comprometido e o caso restante, classificado no grau-III de malignidade, apresentando praticamente todos os linfonodos axilares com metástases.

Concluimos, portanto, ser de fundamental importância um estudo sistemático de Anatomia Patológica, com metodologia e nomenclatura uniformes, para que seus dados possam ser utilizados, de uma maneira correta, quando comparados com outros, obtidos de estudos epidemiológicos, relativos muito mais ao paciente como um todo e seu padrão sócio-econômico e ambiental.